LES HÉMORRHAGIES D'ORIGINE PROSTATIQUE

PAR

Le Dr O. PASTEAU

Ancien interne médaille d'or des hôpitaux.
Ancien chef de clinique de la Faculté à l'hôpital Necker.

Extrait du *Bulletin de l'Association française d'Urologie*
Quinzième session, Paris, 1911.

PARIS
OCTAVE DOIN ET FILS, ÉDITEURS
8, PLACE DE L'ODÉON, 8

1911

LES HÉMORRHAGIES D'ORIGINE PROSTATIQUE

Les saignements qui ont pour point de départ la région ostatique sont assez fréquents et ils méritent d'être étudiés ns leur ensemble, car s'ils diffèrent par leur abondance et accidents qu'ils provoquent, ils ont du moins certains ints communs qui permettent de leur assigner une place n définie dans la pathologie urinaire.

— Les conditions dans lesquelles la prostate saigne

Les hémorrhagies prostatiques ne sont pas les consé-nces nécessaires de toutes les lésions de la prostate ; et ude des **causes prédisposantes** permet d'établir un certain ssement.

° *Chez les jeunes sujets, on ne constate pour ainsi dire ais de saignements notables de la prostate ;* par contre, xiste des saignements terribles de l'urètre : j'ai à peine oin de rappeler ici l'importance des fausses routes bul-es, qui se rencontrent si souvent chez les rétrécis quand douceur et la prudence nécessaires n'ont pas présidé tentatives de cathétérisme, surtout en cas de rétention ë.

hez les jeunes sujets, *si la prostate est atteinte, elle me nécessairement, mais elle saigne peu ;* qu'on se rte, par exemple, au temps de la taille périnéale ; chez

les jeunes, le suintement sanguin était insignifiant alors que chez les vieux le saignement revêtait parfois un caractère inquiétant.

On parle, il est vrai, des hématuries qu'on peut rencontrer au cours de la tuberculose de la prostate, mais il est de règle que ces hématuries soient de minime importance; on peut même poser en principe que chez les tuberculeux urinaires, s'il y a des hémorrhagies abondantes, elles viennent de la vessie ou du rein, mais pas de la prostate elle-même.

2° *Chez les hommes âgés*, les hémorrhagies prostatiques sont au contraire assez fréquentes, mais tous les vieux ne saignent pas de la même façon.

L'hypertrophie simple de la prostate, sans trace de néoplasie maligne, saigne souvent; la vérité est qu'elle saigne autant et plus même que le cancer, sous l'influence de la congestion et on peut même assurer que *parmi les maladies de la prostate, c'est dans l'hypertrophie simple qu'on trouve le plus de saignement.*

Dans le cancer, les hématuries manquent souvent et sont ordinairement peu considérables si la tumeur n'est pas arrivée déjà à ulcérer l'urètre ou la région prostatique de la vessie.

Dans le sarcome, il était normal de dire il y a quelques années que l'hématurie était notable, mais une étude plus approfondie prouve que c'était là une erreur. En effet, si on se rapporte au travail encore récent de Proust et Viau où sont réunis la plupart des cas de sarcomes prostatiques connus, on peut se rendre compte de ce fait que le sarcome de la prostate ne saigne pas. Si on a cru d'abord que le sarcome doit saigner, c'est uniquement parce qu'on a considéré comme des sarcomes de grosses tumeurs prostatiques caractérisées par leur volume et leur consistance particulièrement mollasse; mais il s'agissait là seulement d'hypertrophie glandulaire simple, sans trace de lésion

arcomateuses, ainsi que l'ont montré des études plus écentes.

La vérité est en somme que *l'hypertrophie est capable e saigner beaucoup parfois, quand la congestion vient mpliquer la marche de la maladie, comme c'est du reste règle à un moment ou à l'autre de son évolution.*

L'étude des **causes déterminantes** du saignement prostique prouve qu'il est provoqué dans la très grande ajorité des cas. Cependant, il peut exister des *hémorragies spontanées :* on se trouve alors parfois en présence une tuberculose prostatique, plus souvent en présence un carcinome qui peut n'être que peu développé, et le s généralement le saignement est peu abondant, mais sceptible d'être répété à intervalles plus ou moins rapchés.

Si le saignement est provoqué, ce qui est la règle, il peut re par le plus petit *contact* si bien que le degré du trautisme peut ne pas correspondre à la gravité de l'hémorgie. C'est ainsi, par exemple que, chez les hypertroiques en état de congestion, le moindre attouchement la région prostatique de l'urètre suffit parfois à amener sang en quantité notable ; le moindre arrêt de la sonde t causer de l'hématurie ; s'il s'agit d'une sonde molle, se replie dans le canal et multiplie ses contacts, mais t se réduit alors le plus souvent à un incident passager ; contre, la sonde en gomme demi-rigide, surtout si elle mal conduite, et *a fortiori* les sondes métalliques ides, les explorateurs ou les cystoscopes peuvent ener les plus gros ennuis quand la main qui les dirige pas la souplesse et l'habitude nécessaires.

Pour terminer, je dois appeler l'attention sur les saignents que peut déterminer l'*évacuation trop brusque de la sie* chez les distendus. Ces hémorrhagies *ex vacuo* sont fois très importantes et je dirai plus loin qu'elles sont

capables aujourd'hui de fournir de réelles indications opératoires.

II. — Les origines des hémorrhagies prostatiques

Si l'hématurie est provoquée, si le sang vient à la suite d'un sondage et surtout pendant une « tentative » de cathétérisme sans même qu'on ait pu introduire la sonde jusque dans la vessie, on peut poser en principe que le saignement est déterminé par une *éraillure* ou une *déchirure* plus ou moins profonde de la muqueuse de l'urètre prostatique ; si le traumatisme a été plus considérable, la *fausse route* s'avance plus loin dans l'épaisseur de la glande et peut pénétrer en arrière jusque dans le rectum, ou en avant, jusque derrière le pubis.

Ces saignements sont parfois très considérables en cas de *congestion* quand la vessie est assez pleine ; et si on tente à nouveau le cathétérisme sans prendre la précaution nécessaire, c'est-à-dire sans se servir d'emblée du mandrin, la sonde s'introduit à nouveau dans la fausse route et le saignement continue ou reprend de plus belle. S'il s'est formé un caillot dans l'urètre prostatique, il est évacué dès le moindre besoin et souvent de l'urétrorrhagie persiste entre les mictions.

Si l'hématurie est spontanée, elle peut venir soit de la région prostatique de l'urètre, soit de la région prostatique de la vessie.

Tout d'abord, je signalerai les *propagations néoplasiques* venues de la prostate et qui vont se faire jour dans la vessie ou dans la traversée urétrale. Ces tumeurs saignent plus ou moins et l'origine de l'hématurie est facile à expliquer.

Mais en dehors de toute ulcération, de toute propagation néoplasique sous-jacente jusqu'à la muqueuse correspondante, *sous l'influence de la congestion simple l'urètre prostatique peut saigner sans traumatisme direct.* Quand

on examine un cas de ce genre à l'urétroscope, on constate que la muqueuse est très largement sillonnée de vaisseaux dilatés, et surtout de veinules qui vont parfois jusqu'à faire une saillie appréciable à la surface de la muqueuse.

Le saignement spontané de la région prostatique de la vessie est encore plus fréquent et cela se comprend quand on connaît les lésions vasculaires vésicales qui se rencontrent chez les prostatiques. Pour les étudier, on peut, soit examiner sur le cadavre l'aspect du trigone des prostatiques, soit, mieux encore, examiner sur le vivant la région prostatique de la vessie au cours d'une cystostomie, ou au moyen du cystoscope simple, mieux encore, du cystoscope rétrograde, comme l'ont fait en particulier Nitze, Bruni, Jacoby, Luckerkandl, et comme je l'ai fait moi-même.

Sur le cadavre, on voit seulement quelques veines arborisées au voisinage du col et dont quelques-unes viennent se perdre dans la région prostatique de l'urètre, après avoir décrit un arc plus ou moins régulier au niveau du col lui-même. Mais d'une façon générale, les examens faits sur le cadavre donnent beaucoup moins de renseignements que ceux qu'on peut faire sur le vivant.

Au cystoscope, en effet, la muqueuse est vue avec son aspect et sa couleur véritables ; on constate qu'elle est plus ou moins rouge foncé, parfois lie de vin, parsemée de veinules ramifiées, parfois de veines saillantes. Ces vaisseaux gardent un calibre régulier ou bien au contraire sont parsemés de dilatations ampullaires ; ils ont un trajet rectiligne ou presque, ou au contraire plus ou moins sinueux, décrivent des anses à peu près complètes, rares ou plus souvent multiples, parallèles ou non.

Dès lors, surtout si la réplétion plus ou moins ordinaire de la vessie vient compliquer la situation, en provoquant une congestion plus intense, toute la région devient rouge, turgescente et saignante ; une véritable transsudation sanguine peut se faire quand il ne s'agit pas d'un saignement vrai, en jet ou en nappe, aux dépens de vaisseaux

déjà un peu volumineux, comme j'ai constaté le fait moi-même. Dans d'autres circonstances, j'ai observé sous mes yeux la formation de véritables ecchymoses de la muqueuse, faisant même une saillie notable sur le niveau des parties voisines. Ces accidents se rencontrent dans les hypertrophies simples, en dehors de toute tumeur, mais plus souvent chez les congestifs, les rétentionistes, les infectés et les calculeux.

III. — Les caractères des hémorrhagies prostatiques

Deux cas sont à considérer, suivant que l'hémorrhagie est spontanée ou provoquée.

1° **Hémorrhagie spontanée**. — Ou bien on se trouve en présence d'une *urétrorrhagie*, le sang s'échappe du méat en dehors de la miction : ceci peut se constater surtout dans les grosses hypertrophies molles, prises autrefois pour du sarcome ; ou bien il y a une véritable *hématurie*, c'est alors au début de la miction que le sang apparaît dans l'urine ; j'ai dit déjà comment ce signe peut se trouver dans la tuberculose et le cancer.

2° **Hémorrhagie provoquée**. — Suivant la gravité de la lésion et l'intensité du saignement, on se trouve en présence d'un tableau différent :

1° *Simple urétrorrhagie*, ordinairement peu abondante ;

2° *Saignement urétro-vésical*, le sang se trouvant au premier jet de l'urine, et pouvant d'ailleurs continuer à se montrer ensuite ;

3° *Saignement vésical* proprement dit, pour lequel le diagnostic peut être plus difficile avec les hématuries d'autre cause, et en particulier avec les hématuries d'origine rénale. En effet, ces saignements vésicaux peuvent se montrer très abondants, des caillots volumineux peuvent se faire dans la vessie, et nécessiter des évacuations et des aspirations à la seringue assez longues et assez difficiles.

Dans ces conditions, *l'urine émise spontanément par le malade ou évacuée par la sonde est, en général, plutôt noirâtre* que rouge à proprement parler; elle est, de plus, parsemée de petits débris, de caillots noirs fragmentés ou réduits presque en poussière. *Pendant le cathétérisme, on voit le jet de l'urine s'arrêter brusquement* pour reprendre avec la même force dès qu'un caillot a été évacué par la sonde ou dès qu'on a poussé dans la vessie avec la seringue un petit jet de liquide, de façon à déplacer le caillot qui obstruait l'œil de l'instrument. Si on poursuit l'évacuation des caillots, on arrive à voir à la fin le liquide de lavage s'échapper absolument rutilant, la source de l'hémorrhagie continuant à donner, alors qu'il n'y a plus que peu de liquide pour diluer le sang.

Point n'est besoin d'insister sur les *symptômes d'anémie* qui peuvent accompagner des états semblables, surtout si les hémorrhagies se reproduisent à de courts intervalles.

De même les *signes de rétention et de distension vésicale* ont à peine besoin d'être rappelés; je signalerai cependant que plus la vessie est pleine de caillots, et plus le saignement continue avec ténacité; la vessie est comme l'utérus, elle saigne tant qu'elle garde quelques débris.

IV. — Les complications des hémorrhagies prostatiques

Si l'hémorrhagie est minime, tout se passe facilement et en dehors du symptôme hématurie, il n'y a rien de particulier à signaler. Par contre, si l'hémorrhagie est répétée ou abondante, surviennent de véritables complications immédiates ou plus éloignées.

Laissant de côté l'*affaiblissement* et l'*anémie* provoqués par des hématuries successives, surtout quand elles sont de quelque importance, je n'insisterai que sur les accidents immédiats provoqués par l'abondance du saignement.

Tout se résume dans la rétention vésicale qui peut se montrer différemment suivant les circonstances.

Quand il n'y a qu'un suintement léger, la rétention ne s'installe pas, à moins qu'une sonde n'ait été placée jusque dans la vessie. Par contre, *même s'il y a un suintement très peu abondant, la présence d'une sonde à demeure peut amener une rétention complète;* l'œil de l'instrument se bouchant complètement et le malade n'arrivant pas, malgré ses efforts, à chasser la moindre quantité de liquide. D'où le précepte de veiller avec rigueur au fonctionnement de la sonde à demeure dès qu'un prostatique saigne le moins du monde.

Quand il y a un saignement abondant, les accidents de rétention complète ou incomplète surviennent en dehors de la présence de la sonde. J'ai décrit plus haut les caractères de l'urine qui s'échappe par intervalles de la vessie, soit au moment de la miction, soit par le sondage. Qu'on n'oublie pas seulement qu'aussi longtemps que la vessie contient des caillots, elle saigne et que dans ces circonstances les accidents se poursuivent plus ou moins graves, s'accompagnant d'efforts répétés et de douleurs extrêmes.

V. — Le diagnostic des hémorrhagies prostatiques

Le diagnostic des hémorrhagies prostatiques peut s'établir de plusieurs manières : mais le *cathétérisme* est de beaucoup ce qui est susceptible de donner le plus de renseignements.

Au premier jet s'écoule du sang, puis on voit de l'urine claire, et enfin on constate une hémorrhagie terminale. Cette disposition dans l'arrivée du sang au moment du sondage est caractéristique. On en trouve une démonstration bien nette dans la lithotritie, par exemple ; quand l'opération a été bien conduite, et qu'il existe du saignement, le sang vient surtout de la prostate ; au lavage, le premier jet est teinté, puis ce n'est qu'à la fin qu'on voit le liquide redevenir rouge.

C'est dire que *mieux encore que le cathétérisme, le lavage peut faire établir un diagnostic précis d'hématurie prostatique*, et cela est important surtout en cas de grande hématurie.

En effet, dans des cas semblables, la cystoscopie devient pour ainsi dire impossible, car le milieu se trouble sans cesse, et rapidement. Sans doute on peut encore, avec une grande habitude, et aussi avec un peu de chance, arriver à voir saigner un vaisseau veineux; la vérité est que le plus souvent, on ne voit rien. Seul le sondage simple ou mieux le lavage peut être utilisé. La modalité du saignement au moment de l'examen devient ainsi un signe de première importance.

Lorsqu'on a posé le diagnostic d'hématurie d'origine prostatique, il reste à en *préciser la cause. Le toucher rectal est alors l'examen de choix;* il permet de connaître le volume de la prostate, sa consistance, sa forme, ses connexions, sa mobilité, et par des examens successifs, de se rendre compte de l'évolution des lésions; la congestion ayant aussi un rôle capital, comme je l'ai fait remarquer plus haut.

VI. — Le traitement des hémorrhagies prostatiques

Pour plus de précision, j'appellerai l'attention du clinicien sur plusieurs points que je passerai en revue successivement.

A. **Traitement préventif des hématuries prostatiques.** — Le traitement préventif des hématuries prostatiques peut se résumer en peu de mots : d'une part, il faut *décongestionner la région* au moyen de compresses et de lavements.

Contrairement à l'opinion de Frisch, je déconseille ici l'emploi de l'adrénaline. J'ai observé un prostatique en rétention (dont j'ai parlé déjà en 1902 au congrès de l'As-

sociation française d'Urologie, et dont l'observation est rapportée en entier dans la thèse de Régerat sur l'emploi de l'adrénaline dans la chirurgie urinaire) chez lequel l'adrénaline en injections urétrales avait permis de passer facilement la sonde molle ; mais, plus tard, une congestion en retour s'était faite, plus grave que la première, et avait rendu très difficile l'introduction de la sonde.

D'autre part, il est nécessaire, *pendant le cathétérisme*, de *diminuer autant que possible les contacts et* de *ne les faire qu'en bonne place*. L'habitude du sondage, la douceur dans l'exploration, l'usage de bonnes sondes prennent ainsi une importance de premier ordre. Enfin, il faut se rappeler que le *mandrin* est un merveilleux instrument, d'autant plus utile qu'il est mieux manié, qui permet de pénétrer sans effort dans la vessie, à travers une prostate augmentée de volume; le mandrin évite les contacts inutiles, les limite à la place voulue, et rend facile le cathétérisme, alors que tout autre procédé ne peut être employé avec succès ; *l'emploi raisonné et prudent du mandrin devient ainsi pour le malade une sauvegarde et pour le praticien un excellent moyen d'éviter les fausses routes*, de diminuer les traumatismes et de prévenir des saignements qui peuvent devenir graves et qu'il faut toujours éviter.

B. **Traitement des accidents immédiats.** — Il y a quelques années, un seul procédé de traitement était préconisé : l'*aspiration des caillots ;* je n'insisterai pas sur la façon dont l'aspiration doit être comprise et pratiquée : emploi de la seringue et d'une grosse sonde, et en prenant bien soin de ne pas introduire dans la vessie plus de liquide qu'on n'en laisse échapper, afin de ne pas augmenter la distension, sous prétexte de la diminuer. Avec une bonne technique et de la patience, avec de la propreté, il était bien rare de ne pas arriver à calmer ainsi les accidents. Parfois cependant il devenait nécessaire, surtout pour les chirurgiens généraux moins habitués que les spécialistes

à la pratique urinaire, d'ouvrir la vessie, pour la vider bien complètement et pour la mettre au repos.

Aujourd'hui la question a quelque peu changé de face et il faut enseigner que l'ouverture de la vessie n'est plus un pis aller, comme on l'avait admis : certes, *la cystostomie permet d'évacuer les caillots et de mettre au repos la vessie, mais son principal mérite lui vient de ce qu'elle doit être considérée comme le premier temps d'une opération plus complète*, je veux parler de la *prostatectomie*.

Quelques chirurgiens au bistouri rapide ont prononcé dans des cas semblables le nom de « prostatectomie d'urgence » : c'est là, à la vérité, une mauvaise expression qui répond à une mauvaise idée chirurgicale : il ne faut pas faire de prostatectomie sans connaître l'état des organes, des reins en particulier; si non, c'est exposer le malade à des dangers inutiles. Dans la prostatectomie sus-pubienne, le pronostic opératoire dépend surtout de l'état des reins : il peut donc être dangereux de faire la prostatectomie d'urgence; tandis qu'il est toujours facile de se borner à l'ouverture de la vessie, quitte à compléter l'opération plus tard en enlevant la prostate : on fait ainsi sans risque une opération en deux temps, au lieu d'enlever une prostate en un seul temps, mais avec un aléa certain.

En fait, *les grandes hématuries prostatiques servent ainsi à décider les malades à se faire opérer*, à entrer dans la voie chirurgicale, seule capable de les conduire à la guérison complète.

C. **Traitement des hématuries prolongées**. — *Si l'hématurie est de minime importance*, la mise au repos de la vessie, au moyen de la *sonde à demeure*, reste le meilleur procédé de traitement; mais il ne faut pas oublier qu'il est indispensable de prolonger le lavage jusqu'à l'absence de tout saignement terminal et de surveiller particulièrement bien la sonde si on ne veut pas s'exposer à faire plus de mal que de bien. On doit donc déboucher la sonde régu-

lièrement et avec patience, faire des petites aspirations de caillots, des petits lavages préventifs.

Toutefois, si l'hématurie se prolonge ou augmente d'intensité, le meilleur traitement est encore la taille sus-pubienne, suivie ou non de prostatectomie suivant la nature de l'hypertrophie et l'état des organes, en particulier des reins.

D. **Traitement de la maladie elle-même.** — Aujourd'hui, il faut poser en principe que *toute augmentation notable de volume de la prostate doit mener à la prostatectomie, si le traitement de la congestion surajoutée n'est pas suffisant pour faire disparaître les accidents, et s'il ne s'agit pas de dégénérescence maligne.* Donc, en dehors du diagnostic de cancer prostatique, il faut penser à la cure radicale de la maladie, l'opération devant être pratiquée en un seul temps ou en deux temps suivant l'intégrité plus ou moins complète des autres organes et l'état d'infection plus ou moins accentué de la vessie et des reins.